

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Michigan Department of Health and Human Services

Programa WIC

Nombre del Cliente	ID Familiar	F. de Nacimiento del Cliente
Domicilio del Cliente		
Ciudad	Código Postal	Teléfono
Yo, (Persona Autorizada/ Participante) _____ autorizo al WIC de Michigan a divulgar información que figura en el Registro de Cliente del WIC (datos antropométricos, recomendaciones dietarias, información sobre lactancia materna, etc.) de (Nombre[s] del Cliente) _____ al siguiente médico(s): _____ _____ _____		
La autorización para divulgar cualquiera de las siguientes informaciones deberá poseer la inicial y fecha, en la sección apropiada a continuación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yo (Persona Autorizada/ Participante) le doy al WIC de Michigan autorización para compartir mi estatus sobre enfermedades comunicable (incluyendo VIH), información sobre mi historial de tratamiento por abuso de alcohol o drogas, y/o mi historial de tratamiento de salud mental. Inicial (Persona Autorizada/ Participante/ Fecha): _____		
Por favor especifique información que NO se deba divulgar, de haberla. 		
Entiendo que tengo derecho a negarme a divulgar dicha información sin consecuencias sobre mis beneficios del WIC. Entiendo que una vez que mi información de salud se divulgue bajo esta autorización, existe la posibilidad de que esa información sea divulgada nuevamente por la persona que recibe la información. Persona Autorizada/ Participante: _____ Fecha _____		
Debido a las restricciones por el COVID-19, este documento le fue leído a la Persona Autorizada/ Participante que figura más arriba, quien entendió y aceptó verbalmente los términos de este formulario de divulgación. El personal del WIC firma para confirmar su consentimiento verbal. Firma del Personal: _____ Fecha _____		
El Michigan Department of Health and Human Services no excluirá de la participación, ni negará los beneficios, ni discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, género, identificación o expresión, orientación sexual, consideraciones partidarias, o incapacidad o información genética no relacionada con la elegibilidad de la persona.		
Esta institución brinda igualdad de oportunidades.		